

клинические проявления воспалительного процесса влагалища и шейки матки в 27,9%, у беременных 2 группы - в 59,5% случаев ($p<0,05$), что может свидетельствовать о более низком клиническом эффекте проводимой терапии у пациентов, чистые культуры микроорганизмов которых способны к биопленкообразованию. При бактериоскопическом исследовании отделяемого из цервикального канала и влагалища только у 32,8% пациентов 1 группы в мазках определялось не более 15 лейкоцитов в поле зрения, в то время как у пациентов 2 группы нормальная бактериоскопическая картина мазков была выявлена у 64,9% пациентов ($p<0,05$). В посевах из цервикального канала и влагалища реже отсутствовала микрофлора у 27,9% пациентов 1 группы и у 59,5% беременных 2 группы соответственно ($p=0,002$). У женщин I группы в 19 (31,1%) случаях биотоп влагалища до и после лечения оставался одинаковым.

Выводы.

1. Наиболее устойчивыми микробными агентами у беременных, чистые культуры микроорганизмов которых обладают способностью к формированию биопленок, были *Escherichia coli* - в 16,4% случаев, *Candida spp* - 18% случаев ($p<0,05$).

2. В 60% -77% случаев проводимая терапия является неэффективной у пациентов, чистые культуры микроорганизмов которых обладают способностью к формированию биопленок в виду высокой резистентности этих микроорганизмов к антибактериальным препаратам, что требует проведения дальнейших исследований с целью разработки новых схем лечения.

3. У пациентов, чистые культуры микроорганизмов которые обладают способностью к формированию биопленок, наименее эффективной является назначение только местной противовоспалительной терапии, более эффективна у этих пациентов – комбинированное лечение (антибиотики и интравагинально противовоспалительные суппозитории)

Литература:

1.Марданова, А.М. Биопленки: основные методы исследования : учеб.-метод. пособие. – Казань : К(П)ФУ, 2016. – 42 с.

2.Кисина, В.И. Вагинальные инфекции: клиническое значение и лечение / В.И. Кисина // Эффективная фармакотерапия. Дерматология и дерматокосметология. –2011. – № 1. – С. 28–32.

3. Кузнецова, В.И. Вопросы диагностики и лечения инфекционных заболеваний влагалища / И.В. Кузнецова // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и гинекология. – 2016. – № 1 (14).

УДК 618-089

ОЦЕНКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ В АКУШЕРСТВЕ

Кизименко А. Н.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Проблема лечения послеоперационной боли остается актуальной на протяжении десятилетий. В конце двадцатого века, по мнению различных специалистов, от выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде страдали от 30 до 75% пациентов, от умеренного – 25-60% [1].

С внедрением в практику спинальной анестезии, на основе новых анестетиков и адъювантов увеличилась продолжительность обезболивания после операции, изменилась клиническая картина послеоперационного периода, снизилась потребность в послеоперационном обезболивании. Однако, потребность в послеоперационном

обезболивании в отдельных случаях сохраняется [2]. Все чаще анальгетическим агентами в акушерской практике выступают нестероидные противовоспалительные лекарственные средства.

В большинстве случаев врач-специалист при проведении оценки боли ограничивается определением косвенных признаков интенсивности боли со стороны поведенческих реакций и физиологических показателей пациента. Этого не достаточно. Необходимо иметь информацию о качественных характеристиках боли и ее влиянии на основные параметры гомеостазачеловека. Применение специальных опросников оценки боли позволяет достаточно быстро получить комплексную информацию о болевых ощущениях прооперированного пациента. Они обеспечивают конструктивный и целенаправленный диалог между пациентом и врачом [3].

Цель. Оценить болевой синдром в раннем послеоперационном периоде в оперативном акушерстве.

Материал и методы исследования. Нами было проведено обследование 45 пациенток акушерского отделения УЗ «ВГБСМП» и историй родов. Исследование состояло из двух форматов. В одномоментное (поперечное) исследование вошли 38 пациенток, которые на момент исследования находились в реанимационном отделении. В ретроспективное исследование были включены 7 историй родов пациенток, находившихся на лечении в акушерском отделении УЗ «ВГБСМП» во второй половине 2017 года и в 2018 году. Всем участницам исследования было выполнено плановое кесарево сечение под спинальной анестезией и в раннем послеоперационном периоде в качестве обезболивания назначены нестероидные противовоспалительные лекарственные средства парацетамол (1% р-р 100 мл четырежды в сутки) и кеторолак (3% р-р 1 мл трижды в сутки).

Средний паспортный возраст участниц исследования составлял $31,7 \pm 3,9$ лет и колебался от 25 до 38 лет. Характеристики исследуемых пациенток представлены в таблице 1.

Таблица 1. – Общая характеристикаисследуемых пациенток

Характеристики	Значения
Возраст, года	$31,7 \pm 3,9$
Срок беременности, дни	$265 \pm 10,6$
Количество оперативных родоразрешений	1, 2 или 3. В среднем 2.
Время от окончания операции до исследования, мин	267 ± 143
Доза, применённого парацетамола, г	$1,21 \pm 0,58$
Доза, применённого кеторолака, мг	$26,5 \pm 18,7$
Уровень болевого синдрома во ВАШ, баллы	$2,02 \pm 1,08$

Все пациентки, участвовавшие в исследовании, были разделены на три группы. В первой группе те, которым независимо от количества предыдущих родов было выполнено первое (одно) кесарево сечение, во второй – второе (всего два) и в третьей – третье (всего три). Участницы первой и второй групп попали в одномоментное (поперечное) исследование. Представительницы третьей группы были составлены из двух форматов (одномоментного и ретроспективного) исследования. Полученные данные представлены в таблице 2.

Таблица 2. – Сравнительная характеристика родильниц исследуемых групп

Характеристики	1 группа	2 группа	3 группа	p 1-2	p 1-3	p 2-3
Количество рожищ в группах	15	15	15			
Возраст, года	29,6±4,6	31,1±3,9	34,5±3,4	0,89	0,72	0,84
Срок беременности, дни	261±9	265±12	268±11	0,25	0,23	0,47
Количество оперативных родоразрешений	1	2	3			

Для статистической обработки полученных данных использовался пакет прикладных программ Майкрософт Офис (MicrosoftExcel) 2007. Выявление достоверности различий между выборками выполняли с помощью t-критерия Стьюдента. Достоверными различия считались при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Время, в минутах, прошедшее от момента окончания операций кесарево сечение до проведения нами исследования достоверно не отличалось в трёх группах. Болевой синдром по шкале ВАШ, в баллах, был ниже от группы к группе. Результаты, полученные в исследовании, представлены в таблице 3.

Таблица 3. – Результаты исследования пациенток обеих групп

Параметры	1 группа	2 группа	3 группа	p 1-2	p 1-3	
Оценка болевого синдрома по шкале ВАШ, баллы	2,76±1,47	1,72±0,93	1,58±0,83 ^a	0,047	0,043	
Время, прошедшее от момента окончания операции до проведения исследования, мин	289±183	251±121	261±124 ^a	0,54	0,69	
			%, от состава группы			
Количество инъекций ПАРАЦЕТАМОЛа на момент исследования						
Не было	6,6	6,6				13,3
Одна	46,7	80				80
Две	46,7	13,3				6,6
Количество инъекций КЕТОРОЛАКа на момент исследования						
Не было	20	26,7				33,3
Одна	66,7	60				53,4
Две	13,3	13,3				13,3

Прим. ^a – значение, полученное в результате одномоментного (поперечного) исследования. Оно было использовано нами в дальнейшем при проведении ретроспективного фрагмента (при анализе историй родов мы использовали данный фрагмент времени); p 1-2 – достоверность между показателями 1 и 2 групп; p 1-3– достоверность между показателями 1 и 3 групп.

Результаты анализа данных между значениями показателей второй и третьей группы были не достоверны.

Выводы:

1. Болевой синдром достоверно выше у пациенток, впервые

прооперированных, чем у повторно и трижды: 2,77 балла против 1,71 балл и 1,58 балла.

2. Количество пациенток, получивших обезболивающие средства на момент исследования, больше в первой группе, чем во второй и третьей.

Литература:

1. Овечкин, А.М. Послеоперационная боль: состояние проблемы и современные тенденции послеоперационного обезболивания / А.М. Овечкин // Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2015. – Т. 9, № 2. – С. 29.

2. Неймарк, М.И. Современные подходы к обезболиванию самопроизвольных родов / М.И. Неймарк, В.Ю. Геронимус // Анестезиология и реаниматология. – 2016. – № 6. – С. 13–16.

3. Харченко, Ю.А. Адекватная оценка боли – залог ее успешного лечения / Ю.А. Харченко // Universum: Медицина и фармакология : электрон. научн. журн. – 2014. – № 4. – С. 3.

УДК 618.33

ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗАДЕРЖКИ РОСТА ПЛОДА

Ковалёв Е.В., Арестова И.М., Занько Ю.В., Дедуль М.И., Дейкало Н.С., Земцова А.В.
УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Задержка роста плода (ЗРП) – осложнение беременности, сопровождающееся не только повышением перинатальной смертностью, но влияющее на здоровье маловесных детей в зрелом возрасте [1, 2].

Цель. Определение факторов риска формирования задержки роста плода, а также факторы риска возникновения перинатальной патологии у новорождённых с гипотрофией.

Материал и методы исследования. Были проанализированы исходы родов 1723 пациентов родового отделения УЗ «ВГКБСМ» за 2017 год. Основную группу составили 50 женщин, дети которых родились с массо-ростовыми характеристиками ниже 10% для соответствующего гестационного срока согласно центильным таблицам Н.К.Р. Робертсон (1998). В контрольную группу вошли 1673 пациентов, чьи новорождённые соответствовали сроку гестации по массе и длине тела. Данные статистически обработаны с помощью ППСИ «Statistica 6.0». Для показателей с нормальным распределением результаты представлены в виде $M \pm s$, где M – среднее значение, s – среднее квадратичное отклонение, вычисленные отношения шансов (ОШ) представлены с указанием 95% доверительного интервала. Возраст пациентов основной группы составил $25,8 \pm 4,6$ года, контрольной – $26,8 \pm 4,9$ года, $p > 0,05$. Первородящими в основной группе были 34 пациента (68% случаев [95% ДИ 53,30-80,48]), в контрольной – 1036 женщины (64% случаев [95% ДИ 60,14-64,86]). Повторнородящими в основной группе являлись 16 женщин (32% случаев [95% ДИ 19,52-46,70]), в контрольной группе – 621 пациент (36% случаев [95% ДИ 35,14-39,86]). Статистически значимых различий по данным показателям отмечено не было ($p > 0,05$)

Результаты исследования. Досрочно были родоразрешены 6 пациентов первой группы (12% [95% ДИ 4,53-24,31]) и 14 пациентов из второй группы (0,84% [95% ДИ 0,46-1,40]). ОШ преждевременного родоразрешения при наличии гипотрофии плода составило 16,1 [95% ДИ 5,9; 44,0], $p = 0,0001$. Данный факт объясняется расширением показаний для досрочного родоразрешения при наличии ЗРП. Путем операции кесарева сечения были родоразрешены 23 пациента первой и 317 второй групп, что составило 46% [95% ДИ 31,81-60,68]) и 18,3% [95% ДИ 16,91-20,71]) соответственно, ОШ оперативного родоразрешения составило 5,0 [95% ДИ 2,9; 9,0], $p = 0,0001$. Следует отметить, что диагноз